

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

No. **412**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE LEFÈVRE

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Oger (Marne), le 6 Avril 1896

A PROPOS DE QUELQUES

OBSERVATIONS NOUVELLES

DE

Syphilis des Glandes salivaires

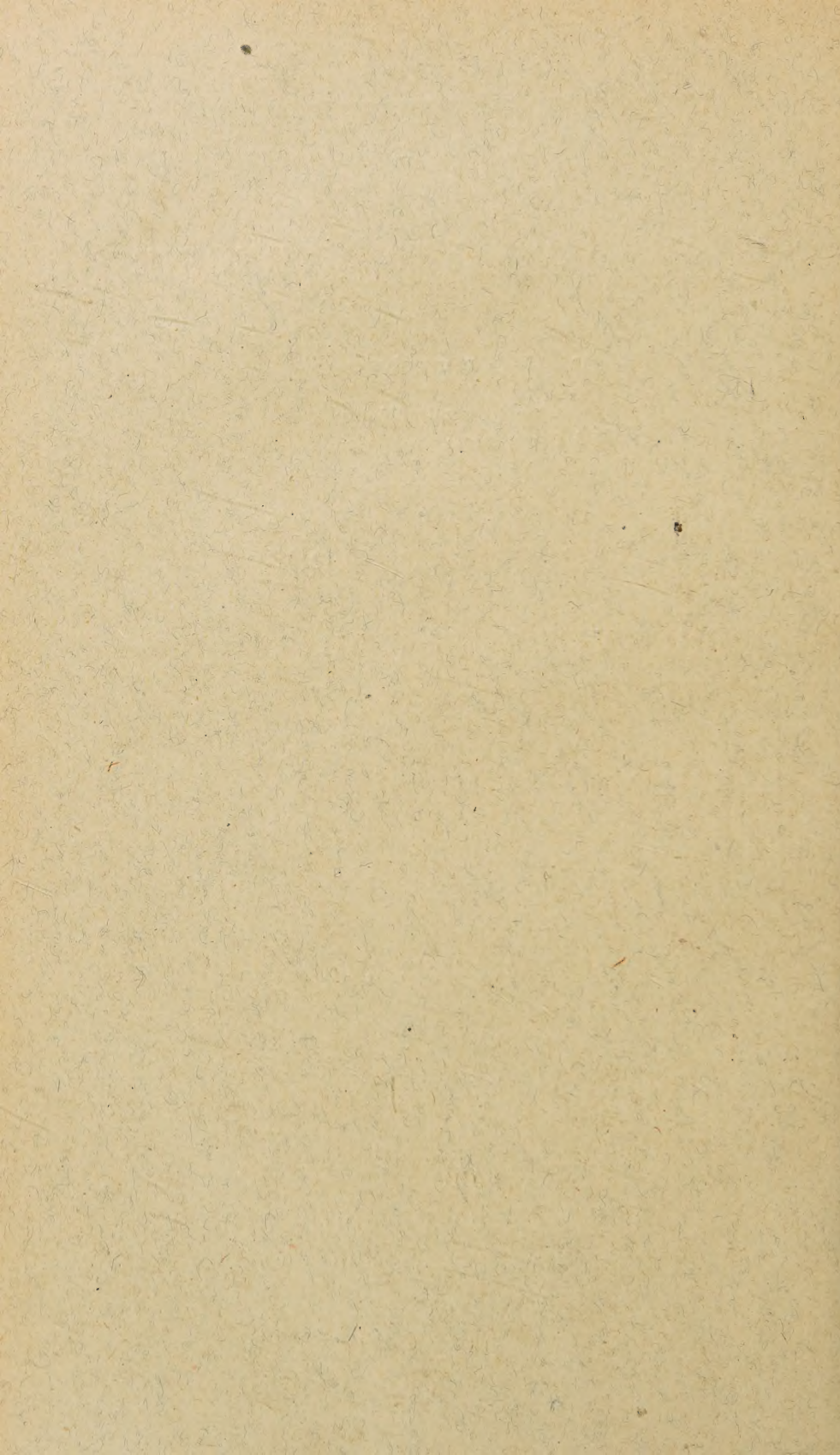
Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547903_0030

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE LEFÈVRE

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Oger (Marne), le 6 Avril 1896

A PROPOS DE QUELQUES

OBSERVATIONS NOUVELLES

DE

Syphilis des Glandes salivaires

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	HOVELACQUE. . Anatomie.
AUBERTIN. Pathologie médicale.	JOYEUX Parasitologie.
BASSET. Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
BAUDOUIN. Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . . Pathologie chirurgi- cale.
BINET. Physiologie.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
BRULÉ. Pathologie médicale.	LHERMITTE. Pathologie mentale.
CADENAT. Pathologie chirurgi- cale.	LIAN. Pathologie médicale.
CHAMPY. Histologie.	MATHIEU. Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY. Pathologie médicale.	METZGER. Obstétrique.
CLERC. Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ. Hygiène.	MOURE. Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG. Anatomie pathologi- que.	MULON. Histologie.
DUVOIR. Médecine légale.	PHILIBERT. Bactériologie.
ÉCALLE. Obstétrique.	RICHEL Fils. Physiologie.
FIESSINGER. Pathologie médicale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
FOIX. Pathologie médicale.	VERNE. Histologie.
GARNIER. Pathologie expéri- mentale.	VELTER. Ophtalmologie.
HARVIER. Pathologie médicale.	
HEITZ-BOYER. . . Urologie.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
GOUGEROT. Pathologie médicale.	RETTERER. Histologie.
GUÉNIOT. Obstétrique.	TANON. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉPER	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
		VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR RENON (1919-20).

M. LE DOCTEUR LEGRIS (1919-20).

Externat

M. LE DOCTEUR BARBIER (1920-21).

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD (1921-22).

M. LE DOCTEUR MILHIT (1921-22).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT (1922-23).

M. LE PROFESSEUR JEANSELME (1923-24).

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE (1924-25).

M. LE DOCTEUR FAROY (1924-25).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER (1925-1926).

A MES AMIS

LES DOCTEURS R. GIRARD ET PAUL BOYER

INTRODUCTION

Nous n'entreprendrons pas de rénover la question de la syphilis des glandes salivaires, si consciencieusement étudiée par Vuillet, au point de vue clinique et au point de vue anatomie pathologique (*Thèse Paris 1913*), qui relate des cas de syphilis salivaire secondaire et tardive.

Néanmoins, le champ clinique de cette affection s'est élargi par l'appoint d'un certain nombre de cas de Mikulicz. Considéré par Vuillet et les auteurs antérieurs comme une manifestation exceptionnelle de la syphilis, nous savons, depuis Queyrat, Theodoresco, Jeanselme, que la syphilis doit y être rattachée dans bon nombre de cas. Et les travaux récents de Kent et Moore ont montré qu'un certain nombre de points ont pu être éclaircis à l'occasion de faits nouveaux.

A mesure que les auteurs ont appris à préciser certains cas difficiles de syphilis, l'action rapide et puissante des spirillicides modernes a permis de porter le diagnostic plus facilement. Ce qui le montre, c'est que jusqu'à la thèse de Vuillet, on ne signalait que 45 observations indubitables, alors que les auteurs américains, moins de 9 ans après, pouvaient enregistrer le nombre de 20 observations nouvelles.

Pour notre propre part, après un court exposé de nos connaissances actuelles sur cette localisation de la syphilis, nous donnerons ici les deux nouvelles observations relatées dans le *Bulletin Médical*, n° 3, 1926, que nous a obligeamment passées, notre ami, le Docteur Girard. Nous nous permettrons, en outre, de résumer les observations françaises et étrangères, postérieures au travail de Vuillet, ou même antérieures (mais non relatées dans sa thèse).

ETUDE CLINIQUE

I. DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

FRÉQUENCE :

La syphilis des glandes salivaires est relativement peu fréquente.

C'est ainsi que dans le dernier travail donnant une statistique, paru depuis la thèse de Vuillet, Kemp et Moore, 1922, signalent que sur 5.600 cas de syphilis à tous les stades, vus au *Syphilis department of John Hopkins Hospital*, 4, c'est-à-dire 0,07 pour 100, ont présenté une atteinte des glandes salivaires. D'après les recherches de ces auteurs, la littérature contiendrait seulement le rapport de 65 cas. Toutefois, ils n'ont pas compris dans ce total quelques références additionnelles qui ne leur ont pas été accessibles. Mentionnons d'ailleurs, que l'un des cas rapportés par eux-mêmes nous paraît fort douteux (voir observation résumée, page (14).

Si nous y ajoutons quelques observations nouvelles, le total des faits actuellement connus est de 77 environ.

SEXE :

Comme le fait remarquer fort justement Vuillet, les lésions syphilitiques des glandes salivaires sont également fréquentes chez l'homme et chez la femme (Cf. Tableau I).

AGE :

L'âge auquel les lésions sont apparues a pû être déterminé dans 41 cas. Comme le montre le Tableau I, plus de la moitié des cas se sont produits pendant la 3^e et la 4^e décade.

TABLEAU I *donnant la répartition suivant le sexe et l'âge* (d'après Kemp et Moore).

Hommes	25	Femmes	22
Age à l'époque de l'apparition des lésions		Nombre de cas	
0 — 10	3		
11 — 20	1		
21 — 30	16		
31 — 40	11		
41 — 50	6		
51 — 75	4		

EPOQUE DU DÉBUT DES LÉSIONS.

Plus de la moitié des cas de syphilis des glandes salivaires, donnés dans la littérature, rentrent dans la syphilis tardive. 8 cas ont été rapportés comme lésions tardives de la syphilis congénitale (Cf., Tableau II). Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser des rares observations où la tuméfaction apparaîtrait tout au début de l'infection, voire même contemporaine du chancre.

LOCALISATIONS ET ASSOCIATIONS.

Il semble bien que dans la majorité des cas la parotide soit seule touchée. Deux ou plusieurs glandes peuvent être atteintes. Dans certains cas, d'autres glandes acineuses du corps, notamment les glandes mammaires et lacrymales, participent au processus.

TABLEAU II (*Faits portés à notre connaissance*). *Localisation sur les glandes salivaires et acineuses dans la syphilis acquise et congénitale.*

Glandes touchées	Syphilis acquise		Syphilis congénitale
	Précoce	Tardive	
Parotide	18	31	8
Sous-maxillaire	1	2	
Sublinguale	1	3	
Parotide et sous-maxillaire	1	3	
Parotide et sublinguale	0	1	
Parotide et gl. mammaire	1	0	
Parotide et gl. lacrymale	1	5	
Glande de Blandin-Nühn	0	1	

II. FORMES CLINIQUES

Nous diviserons l'étude clinique de la syphilis des glandes salivaires en quatre chapitres :

Dans un 1^{er} chapitre, nous étudierons les faits récents de syphilis précoce.

Dans un 2^e chapitre, nous examinerons la syphilis tardive.

Dans un 3^e chapitre, nous passerons en revue les quelques faits publiés de syphilis héréditaire.

Enfin, dans un 4^e chapitre, nous insisterons particulièrement sur le syndrome de Mikulicz, qui semble pouvoir être réalisé aussi bien aux périodes précoces qu'aux périodes tardives de la maladie.

A. SYPHILIS PRÉCOCE DES GLANDES SALIVAIRES

a) *Cas contemporains du chancre.*

Depuis les travaux de Vuillet, nous n'avons trouvé qu'un seul cas de cet ordre dans la littérature, celui de Kemp et Moore (1922). Comme Vuillet le fait remarquer pour ceux qu'il signale, nous trouvons également ce cas fort discutable. Il s'agissait d'un homme de 36 ans (vu pour la première fois le 17 décembre 1920) se

plaignant d'une tuméfaction sous le côté droit de la mâchoire. Vers le milieu de novembre, une ulcération indolore était apparue sur le bord cutanéomuqueux de la lèvre supérieure et s'était accompagnée 8 jours après de gonflement de la région sous-maxillaire. A l'examen, les auteurs firent le diagnostic de chancre typique et remarquèrent que la glande sous-maxillaire droite était très hypertrophiée, mesurant 3×5 cm. Le gonflement était dur et légèrement sensible. La glande sous-maxillaire gauche était également tuméfiée, mais pas autant. A part une polyadénopathie, pas de signes de syphilis secondaire. Wassermann positif dans le sang. Après 6 injections arsenicales de 0 gr. 40 chacune (asphénamine américaine) la lésion de la lèvre supérieure fut cicatrisée et la tumeur du cou disparut complètement.

Nous notons simplement que les auteurs ont décrit une tuméfaction sous-maxillaire, qu'ils ont considérée comme une hypertrophie glandulaire certaine, mais qui pourrait bien être simplement le bubon satellite du chancre labial dont ils n'ont pas signalé l'existence, ce qui rend ce cas fort douteux.

b) Plus généralement la syphilis précoce des glandes salivaires se déclare en pleine période secondaire.

Neumann, puis Vuillet, ont décrit une forme dite subaiguë où les symptômes locaux sont extrêmement accusés. Notons que depuis ces auteurs il n'a été publié aucune observation de ce genre. Dans cette forme subaiguë décrite par ces auteurs, la syphilis des glandes salivaires peut s'accompagner d'un mouvement fébrile en général

légère (38°) mais parfois marqué (39° pendant plusieurs jours dans un cas de Vehse).

La localisation salivaire de l'infection tréponémique apparaît du 2° au 12° mois après l'accident primitif, en pleine efflorescence des manifestations secondaires (roséole, syphilides papulo-érosives, papulo-squameuses, plaques muqueuses buccales, génitales) et chez des sujets dont l'état général est le plus souvent touché, révélant une atteinte sérieuse par l'infection tréponémique.

Progressivement, rarement brusquement, mais cependant assez rapidement, se développe une tuméfaction de la région parotidienne, gonflement d'abord diffus, généralement symétrique et bilatéral.

Bientôt, dans l'empâtement général des tissus environnants, la parotide peut être distinguée à la palpation et se présente alors sous le doigt comme une masse indolore, régulière, de volume variable, parfois atteignant la grosseur d'une paume de main, de consistance ferme, quelquefois lobulée. Au niveau de la tuméfaction, la glande n'adhère pas aux plans sus-jacents, la peau assez souvent rouge brillante est tendue et peut être mobilisée sur la parotide qui, elle-même, est plus ou moins fixée aux plans profonds.

Dans le voisinage de la tuméfaction, les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume et facilement perçus au palper, en particulier le ganglion prétragien souvent confondu avec la glande sous-jacente. Toute la région parotidienne est le siège d'un empâtement et d'un œdème diffus, d'intensité le plus souvent moyenne, mais qui peut parfois aboutir à la formation d'un véritable

adénophlegmon surajouté (comme dans les cas signalés par Neumann) sans qu'on puisse affirmer si l'abcès ainsi formé est d'origine primitivement parotidienne ou ganglionnaire. Cette tuméfaction est en général le siège de douleurs très atténuées, sauf quand il y a coexistence d'adéno-phlegmon (Neumann) ; par contre, elle s'accompagne d'une gêne fonctionnelle assez considérable : le malade ouvre la bouche avec peine ; la parole, la mastication et la déglutition sont fort difficiles ; on a pu observer un trismus complet ; enfin, symptôme très important, une sialorrhée abondante est de règle.

La localisation salivaire de la syphilis secondaire porte le plus souvent sur la parotide ; néanmoins, la sous-maxillaire peut être aussi touchée et devient alors facilement perceptible à la palpation. L'atteinte de la sublinguale est très rare ; elle a été signalée par Heller, mais cette localisation entraîne beaucoup moins de troubles fonctionnels que la parotidite syphilitique.

Telles sont les principales données cliniques que nous avons relevées dans la littérature, au sujet de la localisation, plutôt rare, de la syphilis secondaire sur les glandes salivaires.

Les deux nouvelles observations que nous relaterons plus loin montrent également que l'atteinte de ces glandes survient chez des sujets profondément infectés, et que la localisation salivaire s'accompagne de sialorrhée qui peut être indépendante de toute lésion buccale, alors qu'il peut n'y avoir dans la bouche aucun processus ulcératif capable d'expliquer une sialorrhée réflexe (plaques muqueuses, stomatite).

De tels faits semblent encore extrêmement rares et en 1913 Vuillet, signalant les descriptions de Neumann et la monographie de Vehse, pouvait écrire : « Chez les auteurs français, nous n'avons pas trouvé une seule observation qui puisse être rapprochée de ces exemples d'inflammation aiguë ou subaiguë des glandes salivaires, au cours de la période secondaire ».

Depuis, certains auteurs (Flandin et Aubin, 1920) ont noté que dans certains cas de syphilis secondaire les glandes parotides, sous-maxillaires, ou les autres glandes salivaires peuvent être hypertrophiées, participant à l'hypertrophie glandulaire générale de ce stade de la maladie. L'hypertrophie y est symétrique, variable de dimensions, habituellement indolore et persistante alors que les autres lésions rétrocedent :

B.) SYPHILIS TARDIVE DES GLANDES SALIVAIRES.

Les manifestations tardives de la syphilis, au niveau des glandes salivaires, peuvent revêtir différents aspects.

Vuillet, s'inspirant de ses prédécesseurs, a classé la syphilis tardive en trois chapitres : ou bien la syphilis revêt une forme localisée : c'est le syphilome des glandes salivaires ; ou bien, il s'agit d'une atteinte multiple et diffuse intéressant deux glandes symétriques.

Enfin, dans un certain nombre de cas, elle est susceptible de revêtir la forme du syndrome de Mikulicz, c'est-à-dire l'atteinte simultanée des glandes salivaires et lacrymales. Cette forme a été considérée comme très rare par Vuillet. Au contraire Theodoresco pense qu'il s'agit d'une

manifestation fréquente de la syphilis tardive. C'est qu'en effet, dans un certain nombre d'observations, on a pu considérer l'atteinte des glandes salivaires comme des cas de syndrome de Mikulicz plus ou moins fruste.

Il nous semble donc très difficile de délimiter de façon nette ces deux formes : syphilis bilatérale des glandes salivaires d'une part, syndrome fruste de Mikulicz d'autre part. Il existe, entre deux formes schématiques différentes, de multiples formes cliniques qui permettent de passer insensiblement de l'une à l'autre.

1°) *Syphilome des glandes salivaires.*

Le syphilome des glandes salivaires est intéressant parce qu'il a pu être la cause de quelques erreurs de diagnostic. On a vu, en effet, cette lésion unilatérale être prise pour une tumeur salivaire et être enlevée comme telle.

Ce syphilome peut atteindre l'une quelconque des glandes salivaires : sous-maxillaire, sublinguale, glande de Blandin-Nühn, mais surtout et beaucoup plus fréquemment la parotide.

C'est une lésion qui apparaît 3-4 années après le chancre et même davantage. Elle est, en général, d'évolution lente, torpide, et ne s'accompagne que tardivement de signes fonctionnels.

Plus facilement décelable, au début de son évolution clinique, si elle siège au niveau de la parotide, elle se traduit dans ce cas, par un petit noyau dur, d'accroissement lent et progressif, dont le volume peut atteindre celui d'une noix, d'un œuf ou d'une pomme.

Les téguments sus-jacents peuvent conserver leur mobilité et leurs caractères normaux.

Kjellberg (1920) signale un cas où il y avait une légère réaction inflammatoire des téguments.

« A la palpation, la tumeur est dure, parfois absolument ligneuse, sa surface est lisse, elle est indolente à la pression. Généralement sans adhérence au masséter ou au maxillaire, elle ne présente cependant qu'une obscure mobilité. L'examen du canal de Stenon et de son orifice donne rarement un renseignement positif. On aura à rechercher si le prolongement interne de la glande, anormalement développé, ne fait pas saillie dans le pharynx.

Presque toujours l'évolution de la tumeur parotidienne ne s'accompagne d'aucune douleur et d'aucune gêne fonctionnelle. Il faut pourtant signaler la paralysie faciale plus ou moins accentuée qu'on retrouve dans un certain nombre d'observations, cette paralysie peut même précéder le développement du néoplasme.

Il en va autrement quand la lésion se développe au niveau de la glande sublinguale. Le malade peut s'en apercevoir parce qu'il éprouve de la gêne pour parler ou pour avaler... Les troubles de la déglutition... consistent simplement en un certain embarras, en une sorte de tiraillement, alors que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier.

Si l'on procède à l'examen local, on voit un léger soulèvement à grand axe antéro-postérieur, dans la fosse sublinguale. Là existe une tumeur... oblongue, ovulaire.... Au toucher, elle est ferme, rénitente, dure, en-

fin elle est complètement indolente au palper et à la pression. Des syphilomes de la glande sous-maxillaire, nous n'avons rien à dire de particulier, ils offrent dans l'ensemble les mêmes caractères que ceux de la parotide » (Vuillet).

L'évolution de ces lésions non traitées peut se faire vers la disparition spontanée (Lemnhoff). Mais ceci est exceptionnel. Plus fréquemment, livrées à elles-mêmes, on peut voir des zones de ramollissement gommeux suivies d'ulcérations et de fistulisations, voire de fistulisation salivaire. Sous l'influence du traitement on voit au contraire ces lésions diminuer progressivement et plus ou moins rapidement.

2°) *Syphilis diffuse.*

La syphilis peut revêtir la forme d'inflammation chronique diffuse des glandes salivaires, le plus souvent à prédominance parotidienne.

Nous n'insisterons pas sur les caractères physiques présentés par cette hypertrophie. Nous retrouverons, en effet, une description superposable dans les cas décrits sous le nom de Mikulicz fruste.

3°) Nous mentionnerons maintenant rapidement, quelques exemples de syphilis tardive des glandes salivaires dont nous avons trouvé la description dans la littérature.

De Smet, en 1888, communique un cas d'infiltration gommeuse de la parotide qui fut guéri par un traitement général anti-syphilitique.

En 1904, Ito signale un cas de gomme des glandes sous-maxillaires.

Arrou (1912), à la Société de Chirurgie, relate le cas d'une jeune fille dont la tumeur parotidienne accompagnée de trismus fut guérie par le traitement mercuriel. Il s'agit probablement de syphilis congénitale. Dans la même séance, Sébilleau expose un cas de syphilis des parotides chez un adulte.

Gundorow (1913) apporte trois observations personnelles de parotidites syphilitiques.

Enfin signalons les faits très intéressants observés par Guibaud (1918), Lemierre (1919), Kjellberg (1920), Kemp et Moore (1922) dont les observations sont rapportées à la fin de cette étude.

C. SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DES GLANDES SALIVAIRES

La syphilis héréditaire des glandes salivaires revêt les mêmes formes que la syphilis acquise.

Il nous a paru néanmoins intéressant de rassembler les divers cas trouvés dans la littérature à seule fin de montrer qu'ils sont assez fréquents.

Vuillet signale dans son travail les observations d'Osler, d'Erler, de Mandowsky et de Koschel. Packard, en 1901, publie l'observation d'un enfant de 9 mois qui présentait une large masse gommeuse, englobant la parotide et les tissus environnants. Sous l'influence du traitement spécifique, l'enfant s'améliora rapidement.

Nous signalerons également l'observation de Jong et Joseph (1908) décrivant un cas fruste de syndrome de Mikulicz chez un infantile. La syphilis y semble très probable.

Plus récemment, Aslund (1916) rapporte le cas d'un garçon de 7 ans, qui, pendant les 3-4 dernières années avait été soigné de façon particulièrement énergique pour syphilis congénitale. Pendant une nouvelle cure, il fut atteint d'une tumeur de la parotide droite. Malgré les frottements mercuriels et le traitement ioduré, la tumeur augmenta et on fut amené à pratiquer une intervention chirurgicale.

Le traitement a été également inefficace dans le cas publié par le Professeur Jeanselme, en 1921. Il s'agissait d'un syndrome de Mikulicz fruste, imputable vraisemblablement à la syphilis héréditaire. Il semble donc que le traitement ait peu de prise sur une lésion constituée de longue date.

D. SYNDROME DE MIKULICZ

L'atteinte simultanée des glandes salivaires et lacrymales constitue le syndrome de Mikulicz. Nous l'étudions ici dans son étiologie syphilitique.

L'étude de cette question a fait l'objet de travaux intéressants. Et il semble bien, maintenant, que devant tout syndrome de Mikulicz, il faille chercher la syphilis (Jeanselme).

Historique :

Vuillet (1913) signale l'observation d'Osler (1898) qui lui semble douteuse (1), reproduit le cas de De Laperonne décrivant en 1902 une hypertrophie des glandes parotides, lacrymales, mammaires, testiculaires, avec iritis bilatéral, guérie par le traitement mercuriel. Enfin, il résume l'observation de Gutmann (1907) portant sur un cas incontestable de maladie de Mikulicz de nature syphilitique avec atteinte simultanée des glandes lacrymales et salivaires et disparition sous l'influence d'un traitement approprié.

Les trois exemples cités par Vuillet, groupent des faits où les parotides sont touchées de façon concomitante avec les glandes lacrymales, réalisant le syndrome dans sa forme complète, typique, tel qu'il avait été décrit en 1888 et 1892 par Mikulicz.

D'assez nombreuses observations sont venues démontrer toute la relativité des caractères de ce syndrome ; l'évolution peut se réduire à l'hypertrophie des glandes salivaires, en particulier des parotides.

D'où l'individualisation des formes frustes.

Déjà Sneguireff, en 1904, avait montré que cette affection était, non pas une maladie spécifique, de cause inconnue, mais un syndrome qu'on peut rencontrer,

(1) Contrairement à ce qu'écrit Vuillet à propos de l'observation d'Osler : « Le doute peut subsister et l'auteur après avoir considéré les lésions comme syphilitiques, a voulu ensuite les rattacher à la tuberculose », il semble bien que Osler pensait à la syphilis : « Subsequently the question arose as to the possibility of a tuberculous affection of the glands, an idea not confirmed by the subsequent history ».

plus ou moins complet, dans des conditions variables et multiples. Cette affection fut alors rattachée soit à la syphilis, soit à une insuffisance des glandes endocrines, soit à la tuberculose.

Dans ces dernières années, en effet, on a signalé des cas relativement fréquents de Mikulicz fruste d'origine syphilitique et qui rentrent dans le cadre de la syphilis des glandes salivaires.

Nous avons eu l'occasion de noter au chapitre précédent l'observation de De Jong et Joseph (1908).

La même année, Külbs rapporte le cas d'un malade de 21 ans porteur d'un syndrome de Mikulicz typique.

Un nouveau cas de Mikulicz fruste est décrit par Theodoresco (1914). Les tuméfactions parotidiennes si persistantes ont cédé complètement au traitement mercuriel.

En 1918, de Massary et Tockmann communiquent à la Société Médicale des Hôpitaux une très intéressante observation de Mikulicz, à début rapide, simulant les oreillons, chez un syphilitique.

Flandin et Aubin (1920) rapportent un syndrome de Mikulicz fruste chez un syphilitique secondaire.

Cette observation nous paraît très remarquable, en raison de l'apparition précoce du syndrome, fait que nous n'avons trouvé relaté nulle autre part. Tous les autres cas appartiennent, en effet, à la syphilis tardive ou héréditaire.

Le Professeur Jeanselme, en 1921, a publié l'observation d'un syndrome de Mikulicz d'origine hérédo-syphilitique (observation, page : 47). Il conclut que devant tout syndrome de Mikulicz il faut chercher la syphilis.

Queyrat partage cette opinion. Pour cet auteur, le syndrome de Mikulicz est également, très souvent d'origine spécifique.

Description clinique.

Classiquement, le début est insidieux, progressif. C'est une affection chronique d'emblée, très lente dans son évolution.

Elle est caractérisée par une tuméfaction des glandes lacrymales d'abord, puis des glandes salivaires après un temps plus ou moins long.

Cette hypertrophie survient sans signes inflammatoires, sans douleur, sans fièvre, mettant des mois, parfois même des années pour se constituer. Elle est uniformément dure et symétrique. Enfin, elle persiste indéfiniment dans un état stationnaire sans jamais provoquer de troubles fonctionnels bien appréciables.

Mais les variations sont possibles. Le syndrome peut en particulier débiter brusquement et présenter les signes d'une affection aiguë : céphalée, courbature générale, gonflement douloureux (de Massary et Tockmann). La symétrie n'est pas absolument fatale. Les parotides peuvent être prises successivement (Theodoresco). Enfin, nous avons insisté sur la fréquence relative des formes frustes.

La dureté des glandes atteintes, la chronicité du processus, l'absence de régression spontanée sont parmi les signes les plus constants de ce syndrome.

Il apparaît surtout à la période tardive de la syphilis (Külbs, Theodoresco, De Massary). Mais il a été observé dans un cas, au cours de la phase précoce (Flandin). Enfin il peut être une des manifestations de la syphilis héréditaire (Jeanselme, De Jong et Joseph).

Evolution.

Non traité, le syndrome persiste indéfiniment. Traité, tout dépend de l'âge des lésions.

Dans les cas d'atteinte récente, on peut espérer une régression rapide, sous un traitement bien conduit. Quand il s'agit de lésions définitivement constituées, le traitement peut se montrer moins efficace.

III. DIAGNOSTIC

A. SYPHILIS PRÉCOCE.

La syphilis précoce des glandes salivaires, d'après les observations qui ont été publiées, nous l'avons vu, survient au cours d'un état infectieux, accusé cliniquement par des manifestations nombreuses de syphilis secondaire.

L'atteinte des glandes accompagne l'éruption, éruption cutanée en général floride, et les manifestations au niveau des muqueuses.

Rattacher à la syphilis cette hypertrophie glandulaire est des plus faciles et c'est ce qui permettra d'éliminer d'emblée une manifestation infectieuse d'un autre ordre telle que les oreillons.

Le diagnostic de syphilis étant posé, il faudra savoir la distinguer des adénopathies cervicales, qui peuvent survenir, comme satellites d'un chancre syphilitique buccal ou bucco-pharyngée (bubons satellites sous-maxillaire ou prétragien) soit encore d'adénopathies secondaires multiples.

Il ne faudra pas prendre non plus la salivation, qui est un symptôme fréquent, pour une manifestation de

lésions syphilitiques buccales (nous avons vu qu'il peut y avoir des atteintes salivaires, alors qu'il y a très peu ou même pas du tout d'accidents secondaires au niveau de la bouche. (Observation page 37).

On ne croira pas non plus, en présence de cette salivation, à un effet d'une stomatite thérapeutique.

B. SYPHILIS TARDIVE.

Le diagnostic de la syphilis tardive des glandes salivaires est parfois délicat.

Toutefois, quand un syphilome des glandes salivaires accompagne d'autres manifestations de tertiarisme, ce diagnostic clinique est aisé.

Il n'en est plus de même quand il est le seul représentant de la syphilis ; le fait que nombre de ces lésions aient été rapportées par des chirurgiens montre bien les difficultés rencontrées par le diagnostic.

Pour asseoir le diagnostic, il faut, d'une part, se baser sur les symptômes objectifs présentés par la tumeur : la dureté spéciale, l'indolence, l'évolution sans phénomènes réactionnels et généraux.

Ces symptômes permettront de ne pas nous arrêter au diagnostic de tumeurs liquides, pas plus qu'à celui de lipome.

On ne s'attardera pas non plus au diagnostic de cancer, qu'il s'agisse de cancer primitif ou de tumeur mixte à sa période de malignité.

Au contraire, le diagnostic de la tumeur mixte à son premier stade d'évolution peut être difficile. Elle se pré-

sente alors sous la forme d'un nodule arrondi, puis bosselé, de consistance ferme et dure. Ce nodule est indolent et mobile. La peau reste normale. Pas de ganglions. On peut même constater des bosselures, fluctuantes pseudo-kystiques. La confusion des deux lésions peut être possible. Mais l'évolution de la tumeur syphilitique est beaucoup plus rapide.

Le diagnostic de tuberculose des glandes salivaires peut être relativement facile. C'est le cas où on est en présence d'un abcès froid. La fluctuation, l'adhérence de la peau rouge, violacée, permettent de le suspecter. A la période de crudité tuberculeuse, on conçoit que le diagnostic puisse être des plus difficiles.

L'actinomycose des glandes salivaires est extrêmement rare. Le diagnostic se fait avec l'actinomycose dite primitive des glandes parotides.

Dans ce cas la tuméfaction est parfaitement limitée à la région parotidienne. Seul l'examen bioscopique ou microscopique de la sécrétion du canal excréteur pourrait mettre sur la voie du diagnostic.

Dans tous les cas, il faudra rechercher systématiquement la syphilis, chez de tels malades, dans leurs antécédents ; rechercher les stigmates (cicatrices de lésions anciennes, leucoplasie, manifestations cutanées, aortite, signes nerveux, etc.).

On pratiquera les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht, en sachant bien qu'un résultat négatif n'implique pas l'élimination du diagnostic de syphilis. Si on a quelque raison de suspecter cette affection on devra pratiquer un actif traitement d'épreuve.

En présence de toute tumeur parotidienne, il faut penser à la syphilis, pour éviter une intervention opératoire inutile.

C. SYNDROME DE MIKULICZ.

Le diagnostic est facile lorsque ce syndrome est au complet. On le différenciera, néanmoins, des états leucémiques et pseudo-leucémiques accompagnés de la tuméfaction des glandes salivaires et lacrymales. Il faut ensuite le rattacher à sa cause. C'est facile au cours de la période secondaire. Au cours de la phase tardive, il faudra penser à la syphilis, étiologie reconnue de ce syndrome, dans nombre de cas. Les mêmes recherches signalées dans le précédent chapitre s'imposent. Le diagnostic du syndrome de Mikulicz fruste se confond dans la pratique avec le diagnostic des doubles parotidites. On ne le confondra pas avec les parotidites chroniques telles que celles provoquées par les intoxications professionnelles (cuivre, mercure et surtout plomb).

La parotidite saturnine qui, on le sait, reproduit exactement le syndrome de Mikulicz fruste sera diagnostiquée par la recherche des stigmates particuliers de cette maladie et les circonstances étiologiques.

* Chez certains syphilitiques soumis au traitement ioduré, on peut voir une double parotidite, mais elle s'accompagne d'autres manifestations d'iodisme.

IV. TRAITEMENT

C'est le traitement de la syphilis.

Nous avons vu que les lésions anciennes réagissaient moins bien que les lésions récentes.

Les résultats du traitement dans la forme gommeuse sont brillants. Dans les lésions de sclérose, il est parfois impossible d'obtenir une disparition complète de la masse tumorale. Après une résolution partielle, les dimensions peuvent rester stationnaires, malgré un traitement intensif.

L'iodure n'est pas toujours capable d'assurer la guérison.

Le mercure serait plus efficace, mais son action est lente.

Aussi recommande-t-on de recourir aux injections intra-veineuses de novarsenobenzol ou au traitement mixte dont certains auteurs ont pu signaler l'action rapide et remarquable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce sont surtout les erreurs de diagnostic qui ont permis de connaître l'anatomie pathologique de la syphilis des glandes salivaires. Quelques cas ont été observés également chez des sujets morts d'une affection intercurrente.

Vuillet a publié la majeure partie des observations connues ; celle de Lancereaux (1866) qui constate une sclérose interacineuse ancienne et une infiltration du parénchyme glandulaire par de nombreuses cellules graisseuses.

Celle de Grawitz (1873) qui voit au niveau des glandes salivaires un processus d'inflammation chronique interstitielle.

Dans la thèse de Vuillet se trouve également signalée le cas de Mandowsky (1894) et celui de Heller (1906). Elle contient également un résumé des recherches de Faroy (1909) étudiant comparativement le pancréas et la parotide dans l'hérédosyphilis du fœtus et du nouveau-né. Les lésions de ces deux glandes sont tout à fait analogues.

Enfin Vuillet constate dans son cas des îlots de nécrose fibrinoïde avec inflammation insulaire, interstitielle, spécifique.

Nous signalerons l'autopsie pratiquée par Külbs (1908) sur un sujet de 21 ans qui avait présenté un syndrome de Mikulicz très amélioré par l'iodure et les frictions mercurielles, et qui mourut 6 mois plus tard, d'une intoxication par le lysol.

A l'examen des glandes lacrymales et salivaires, cet auteur a constaté une infiltration lymphocytaire diffuse ou en foyer, une dégénérescence épithéliale, des formations semblables aux cellules géantes et une prolifération considérable du tissu conjonctif. L'auteur ajoute que l'absence de tubercules miliaires, de bacilles de Koch, de cellules géantes de Langhans et de foyers caséifiés écartent le diagnostic de tuberculose.

Dans toutes les observations nouvelles, aucune recherche n'a été faite, anatomiquement parlant. On pense davantage à la syphilis ; et le traitement, dont les effets, souvent remarquables, parachèvent le diagnostic, explique bien cette absence de documents anatomiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Girard*)

Il s'agit d'une femme de 24 ans qui se présente le 15 septembre 1925 avec un très mauvais état général (anémie, amaigrissement). Elle se plaint de céphalée vive et de sialorrhée, ces deux signes fonctionnels datant de cinq jours environ.

A l'examen : Eruption cutanée généralisée : roséole discrète, presque effacée, quelques syphilides papuleuses sur le tronc, leontiasis syphilitique.

Dans la région génito-anale : plaques muqueuses assez nombreuses, lésions érosives à la vulve, papulo-érosives à l'anus; quelques lésions ont un aspect légèrement végétant et suintant. Sur le col utérin, lésion orbiculaire de couleur jambonnée, vraisemblablement l'accident primitif non encore cicatrisé.

Adénite inguinale bilatérale : petits ganglions durs, mobiles, roulant sous le doigt, non douloureux; aucun ne semble plus hypertrophié que les autres.

Au niveau de la bouche, quelques plaques opalines sur les deux amygdales qui sont augmentées de volume. Le voile du palais, la luette sont un peu rouges. A la face interne de la lèvre inférieure, trois petites plaques. Au niveau de la langue et de la face interne des joues, on ne constate rien de particulier.

La région parotidienne est le siège, des deux côtés, d'un gonflement notable, faisant saillie en avant des oreilles.

La peau est tendue, d'aspect lisse, mais sans aucune rougeur. La palpation de la glande montre une certaine rénitence douloureuse.

Les mouvements de la mâchoire sont possibles; il existe un léger trismus.

La palpation ne montre pas de modifications des glandes sous-maxillaires mais décèle quelques ganglions sous-mentaires, occipitaux et sus-olécrâniens droit.

La malade déclare qu'elle avait bien remarqué, depuis près de trois semaines, des lésions sur la peau du thorax, de l'abdomen et des bras, mais ne souffrant pas, n'y avait pas attaché grande importance. Ce n'est que depuis 5 jours, coïncidant avec une fatigue extrême, une céphalée permanente, pénible et un état fébrile que le gonflement de la région parotidienne était apparu en même temps qu'augmentait le flux salivaire qui atteint maintenant une grande abondance.

Il rend le sommeil impossible et la malade imprègne des mouchoirs en expirant continuellement.

La température de la malade est 38°.

L'examen des différents organes ne révèle qu'un état saburral des voies digestives; pas d'albuminurie; pas de modifications des réflexes.

Les glandes lacrymales ne semblent pas atteintes. La malade n'a rien remarqué d'anormal à propos de sa fonction menstruelle.

Dans ses antécédents, rien de particulier : pas d'oreillons.

La malade interrogée minutieusement, déclare n'avoir subi aucune médication.

Traitement :

15 septembre 1925 : Prise de sang. Wassermann fortement positif. Novarsenobenzol 0 gr. 30, bien supporté.

16, 17, 18, 19 et 20 septembre, injection quotidienne de cyanure de mercure : 0.01.

Accentuation légère de l'éruption cutanée dès le premier jour; pas de modifications salivaires.

21 septembre : Novarsenobenzol : 0 gr. 45.

Diminution des symptômes cutanés, de la salivation et du gonflement des parotides.

22, 23, 24, 25, 26 septembre : cyanure 0.01.

27 septembre : Novarsenobenzol : 0 gr. 45.

La salivation est devenue normale; le gonflement parotidien a disparu.

L'état général se remonte rapidement.

Le traitement est continué; il n'y a rien d'anormal dans la régression des lésions.

OBSERVATION II (GIRARD ET TRIGHER)

(Résumé)

Malade de 22 ans, employé de bureau, habitus fatigué, teint terreux, se présente avec une éruption roséolique à son déclin. Le chancre, non soigné par le malade, n'est plus décelable que par une induration encore nette du sillon balano-préputial et une adénite inguinale. Il n'y a pas de plaques muqueuses génitales, pas de plaques anales. La muqueuse buccale, examinée soigneusement, ne montre ni lésion syphilitique, ni stomatite.

Augmentation de volume des parotides et des sous-maxillaires.

Trismus marqué. Le malade parle avec difficulté. Salivation extrêmement abondante : à chaque instant, le malade crache, bien que la déglutition ne soit pas particulièrement douloureuse.

Le traitement commencé d'emblée par néosalvarsan et salicylate de mercure, amena dès le lendemain une amélioration du trouble de la salive. Au sixième jour du traitement, la

région parotidienne avait perdu toute sa tuméfaction, il n'y avait plus de trismus et la salivation était redevenue normale.

OBSERVATION III (*Kemp et Moore*)

Gommes de la parotide, du séptum nasal et des cornets.

Amélioration par le traitement.

Nègre âgé de 24 ans, entre à la clinique le 3 mai 1916, se plaignant d'une ulcération du nez.

Histoire familiale négative. Nie la syphilis et dit qu'à l'exception des oreillons dans l'enfance, il s'est toujours très bien porté.

Début de la présente maladie en mars 1916, époque où il remarqua une ulcération de sa narine gauche : ulcération sans douleur et accompagnée d'un faible écoulement.

L'examen révéla les points suivants : dans les deux régions parotidiennes, gonflement étendu, ferme et bien circonscrit mesurant 5 par 3 cm. Masse du côté gauche un peu plus étendue que celle du côté droit. Hypertrophie des ganglions du cou, le plus gros mesurant 2 cm. 5 de diamètre. Le séptum nasal gauche et la portion antérieure des cornets gauches sont ulcérés. Wassermann positif.

Radiographie du crâne négative.

Le malade fut très irrégulier à la clinique, mais après une injection intra-veineuse de 0 gr. 30 de novarsenobenzol, la lésion nasale guérit complètement, et le gonflement parotidien diminua fortement de dimension. Peu de temps après, on ne revit plus le malade.

OBSERVATION IV (*KEMP ET MOORE*)

(Résumé)

Gomme de la parotide droite. Paralysie des branches terminales du facial droit. Périostite du tibia droit.

Nègre de 35 ans, admis à l'hôpital le 5 décembre 1919, se plaignant de gonflement de la face et d'une ulcération de la jambe.

Marié depuis dix ans; sa femme avait eu deux grossesses, les deux enfants étant morts un mois après la naissance.

Il avait eu dix-huit ans auparavant une ulcération génitale qui fut suivie d'une éruption.

Le gonflement de la face débuta deux mois et demi avant son entrée à l'hôpital, indolore, augmentant progressivement de volume. Peu de temps après son apparition, ramollissement, et ouverture spontanée laissant une ulcération qui se cicatrisa par la suite avant son entrée à la clinique. Six semaines plus tard après un traumatisme local, sa jambe droite gonfla et devint douloureuse et sensible à la pression.

A l'examen : parésie de la paupière droite supérieure et des muscles orbiculaires; paralysie complète du facial droit.

Dans la région parotidienne droite, tumeur s'étendant de l'attache supérieure de l'oreille à l'attache inférieure.

Masse ferme, indolore; température superficielle non élevée.

Cicatrice de l'ulcération présente. Peau sus-jacente à la masse complètement mobilisable. Glande non fixée à l'os. Wassermann positif dans le sang. Une radiographie de la jambe droite montra une périostite du tibia et du péroné. Le patient fut traité pendant un temps très court et présenta une amélioration nette mais il disparut avant guérison complète de ses lésions.

OBSERVATION V (KEMP ET MOORE)

(Résumé)

Gomme de la parotide. Syphilis nodulaire de la joue.

Gomme du quadriceps fémoral droit.

Négresse âgée de 23 ans. Vient au dispensaire le 14 décembre 1921, se plaignant de gonflement de la joue.

A seize ans, fausse couche de un mois et demi. Nie la syphilis. Son affection actuelle commença il y a deux ans par une masse apparue au niveau du genou droit; cette masse augmenta progressivement de dimension. Elle est seulement douloureuse la nuit; pas de sensibilité à la pression.

Huit mois auparavant, était apparu un gonflement du côté droit de la face. Il se développa assez rapidement et fut douloureux au début, surtout la nuit.

Les dimensions de cette masse restèrent à peu près constantes jusqu'à maintenant.

L'examen révèle un gonflement diffus du côté droit de la face, au niveau de l'angle de la mâchoire.

Profondément sous la peau, trois nodules de la dimension d'une cerise. Juste au dessous et derrière l'angle maxillaire et s'étendant jusqu'au zygoma, masse irrégulière, ferme, élastique, indolore, mesurant 8 cm. par 8 cm., occupant la situation de la glande parotide, non adhérente à la peau et à l'os.

Dans la narine gauche, large ulcération destructive. Au niveau de la cuisse droite, 4 cm. au-dessus de la rotule, masse dure et ferme de 2x4 cm., située profondément sous le fascia du quadriceps, mobile avec le muscle et non adhérente apparemment au fémur. Wassermann positif dans le sang.

Après l'injection intra-veineuse de trois doses hebdomadaires de 0 gr. 30 d'arséno-benzène, le gonflement parotidien et les autres lésions disparurent complètement.

OBSERVATION VI (*De Massary et Tockmann*)

Ahmed A... est un jeune Arabe de 26 ans qui entra à Andral le 18 avril avec le diagnostic d'oreillons; il était malade depuis six jours : céphalée, courbature générale, gonflement

douloureux et très prononcé des deux parotides. La tuméfaction des parotides est d'une consistance très ferme, beaucoup plus que celle que nous sommes habitués à trouver chez nos ourliens (les exceptions sont pourtant possibles).

La tuméfaction parotidienne, au lieu de régresser et de se résoudre, comme c'est la règle dans les oreillons, resta stationnaire; elle devint de plus en plus dure; puis vers le commencement du mois de mai, elle devint nettement lobulée, restant toujours bien limitée, sans aucune adhérence aux plans sous-jacents, ni à la peau, qui conserva son aspect normal. Pas d'engorgement ganglionnaire dans les régions voisines. Les glandes sous-maxillaires, les sublinguales sont indemnes. La courbe thermique se maintint aux environs de 38° pendant un mois entier. L'état général resta bon.

On essaya presque tous les matins d'exprimer à l'aide de massages sur la glande le produit qu'elle pouvait contenir; le plus souvent il sortait par l'orifice du canal de Sténon de la salive pure; parfois les manipulations restaient sans effet; mais deux ou trois fois nous avons vu sourdre une petite gouttelette jaunâtre de muco-pus; malheureusement nous n'avons pas pu en profiter pour faire un examen cyto et microbiologique. En tous cas la tumeur n'a jamais manifesté aucune tendance à la suppuration.

Les doutes sur la valeur du diagnostic primitif d'oreillons devenant de plus en plus fondés, nous avons eu recours, assez tardivement il est vrai (c'est-à-dire 21 jours après le début de la maladie), à notre cyto-diagnostic, et nous avons trouvé une lymphocytose moyenne, mais nettement pathologique, dans le liquide céphalo-rachidien. La numération nous donna 9 éléments à la cellule de Nageotte.

Au début de juin apparut un œdème des paupières sans cause connue, les urines étant abondantes et ne contenant pas d'albumine; puis cet œdème se résorba et laissa percevoir une tuméfaction dure des deux glandes lacrymales. Cette tuméfaction qui s'installa rapidement, en quelques jours,

comme s'était installée la tuméfaction parotidienne, persiste encore, sans aucune modification.

Rien à noter dans les différents organes qui sont tous sains. Le sang est normal, pas de leucocytose. L'équilibre cellulaire n'est pas modifié. Seule la rate est pathologique, elle est notablement hypertrophiée et donne une matité de 14 cm.; aucune atteinte de paludisme n'est cependant relevée dans les antécédents. Enfin, point très important, des plaies et des cicatrices très suspectes sont relevées sur le membre inférieur. Les plaies guérissent avec une extrême lenteur. Elles s'accompagnent d'adénites inguinales; les cicatrices ont le centre blanchâtre, mais la périphérie est très pigmentée; cet aspect fait penser à la syphilis. Ahmed nie naturellement, comme tous les Arabes, toute affection de l'appareil génital et on ne trouve aucune trace de chancre sur la verge. Le Wassermann, dans le sang, est fortement positif. La syphilis paraît bien probable.

OBSERVATION VII (*Lemierre*)

Le canonnier F..., du X^e R. A. C., âgé de 22 ans, entre le 13 septembre 1917 dans notre service avec le diagnostic de « tumeur parotidienne ». L'affection a débuté, il y a deux mois, sans fièvre, sans malaise, sans trouble de l'état général. La parotide gauche a commencé à se tuméfier. Trois jours plus tard, la parotide droite a grossi à son tour. L'accroissement des deux parotides s'est poursuivi pendant un mois, progressivement et sans à-coup. A aucun moment le malade n'a souffert.

Au bout d'un mois, tout est resté stationnaire; les parotides n'ont subi ni accroissement, ni régression.

F... nous est adressé par le chirurgien de l'hôpital de B..., qui pense à une tumeur maligne.

A l'examen, nous constatons une tuméfaction très accentuée des deux parotides. La face est déformée, élargie. La parotide gauche est un peu plus volumineuse que la droite. A la palpation, les deux glandes sont uniformément dures comme du bois, régulières et non bosselées. Leur contour est d'une extrême netteté et l'on peut suivre avec précision la languette qui accompagne l'origine du canal de Stenon. La pression ne provoque aucune sensation douloureuse. Les téguements sont normaux. Il n'y a ni œdème, ni rougeur.

Du côté gauche existe une paralysie faciale à type périphérique. L'occlusion de l'œil est impossible et on note un peu d'épiphora. Le froncement du sourcil et le plissement du front se font sans forces. La bouche est déviée du côté droit et le malade est dans l'impossibilité de siffler. Il n'existe pas d'adénopathies; pas de dysphagie, pas de trismus; pas de sécheresse de la bouche. Les orifices des canaux de Stenon sont normaux. Pas de tuméfaction des glandes sous-maxillaires et sublinguales.

Le diagnostic de parotidite est porté; mais rien dans l'interrogatoire et dans l'examen du malade ne nous permet de découvrir l'origine de cette parotidite.

Le 26 septembre, le malade prend un gramme d'iodure de potassium; cette dose est progressivement élevée. Et à partir du 29 septembre, le malade en prend 4 grammes par jour.

Le 30 septembre, la parotide gauche a diminué de volume; elle est maintenant moins grosse que la droite.

Le 3 octobre, les deux parotides ont diminué de volume; mais cette fois la droite s'est affaissée plus vite que la gauche et est maintenant moins grosse que celle-ci. L'orbiculaire des paupières commence à se contracter et l'occlusion de l'œil s'ébauche.

Le malade commence à pouvoir siffler.

Le 10 octobre, la diminution des parotides s'est encore accentuée. L'occlusion de l'œil gauche s'effectue presque complètement. Le malade peut siffler. La bouche est encore un peu déviée à droite.

Le 22 octobre, les deux parotides ont repris à peu près leur volume normal; elles restent encore indurées mais non ligneuses. L'occlusion de l'œil gauche est parfaite. Il persiste une très légère déviation de la bouche à droite.

Le 15 novembre, il n'existe plus la moindre trace de tuméfaction parotidienne ni de paralysie faciale. Le traitement ioduré qui a été admirablement toléré est suspendu. F... sort guéri de l'hôpital à la fin de novembre 1917. Nous avons eu dans la suite de ses nouvelles, à plusieurs reprises. L'état général est resté excellent et les signes locaux n'ont pas reparu.

OBSERVATION VIII (*Kjellberg*)

(*Résumé*)

S. R..., 56 ans, veuve de marin. Entre à l'hôpital le 26 septembre 1905. Rien d'anormal dans les antécédents héréditaires. Depuis 20 ans, présente une enflure assez considérable sur la moitié inférieure du bras gauche, enflure qui s'étend au coude et à la partie supérieure de l'avant-bras. Depuis quinze jours, céphalée intense.

A l'examen, on constate au niveau de la joue droite un gonflement de la taille d'une grosse pomme. Enflure arrondie, assez limitée et fixée aux couches profondes. Peau sous-jacente à la tumeur, tendue, rosée, chaude au toucher. Consistance ferme. Pas de douleurs au palper. Pas de ganglions.

Dans la région temporale gauche, exostose crânienne.

9 septembre, traitement : iodure de potassium, frictions mercurielles.

3 octobre, état général satisfaisant. La céphalée a disparu.

2 novembre, l'enflure de la région parotidienne a beaucoup diminué; elle n'est pas plus grosse qu'une noisette. Elle est mobile dans tous les sens.

OBSERVATION IX (*Guibaud*)

(Résumé)

Mme J. L..., 49 ans, ouvrière, se présente à la clinique stomatologique de l'hôpital maritime de Sainte-Anne, se plaignant d'une « grosseur » de la joue droite qui, sans être réellement douloureuse, gêne les mouvements de la mâchoire. Cette tuméfaction s'est développée insidieusement et progressivement depuis six mois environ.

A l'examen, on constate dans l'épaisseur de la joue droite, au niveau de la glande parotide, et se confondant avec elle, une tumeur dure, ferme, ligueuse, d'un seul bloc, mobile et indolente à la palpation. Peau normale.

A part la gêne des mouvements de la mâchoire, aucun trouble fonctionnel.

L'examen général révèle une exostose du frontal droit. Le mari est mort, il y a quatre ans, d'une paralysie générale. Une ponction veineuse est pratiquée : Wassermann fortement positif. Le traitement confirme, du reste, le diagnostic. Une série de cinq injections intra-veineuses de novarsénobenzol (0,15 à 0,60) suffit pour faire fondre la tumeur et rendre à la glande sa consistance et sa souplesse normales.

OBSERVATION X (*Theodoresco*)

(Résumé)

A. S..., 53 ans, ménagère, entre dans le service de la clinique dermatologique le 17 juillet 1913 et en sort, sur sa demande, le 10 août 1913, très améliorée, continuant à venir suivre le traitement.

Il y a trois ans, sans aucune cause appréciable, apparaît dans la région parotidienne gauche une tumeur de la grosseur d'une noix, légèrement mobile et indolente.

Quatre mois après, de même sans aucune cause appréciable, apparaît dans la région parotidienne droite, une tuméfaction de la même grosseur que la précédente.

La tuméfaction de gauche a grossi peu à peu, pendant un an, pour atteindre la dimension actuelle. Celle de droite a présenté la même évolution lente. Depuis deux ans, les deux tumeurs restent stationnaires. Il existe seulement une gêne locale légère.

Examen : Le tibia droit paraît un peu gros au niveau du tiers moyen. Sur les téguments, quelques petites cicatrices superficielles d'un blanc nacré.

Sur la face antérieure de la jambe droite, à son tiers moyen, perte de substance très superficielle, aux contours irréguliers, sur une surface de 7×6 cm., bords adhérents et légèrement proéminents.

Le fond de la lésion a une coloration rouge prononcée. Aspect humide, sécrétant sans suppurer.

Tout autour de la plaie s'étend une cicatrice rose violacée qui recouvre à peu près toute la surface de la jambe. Les bords de cette cicatrice sont circulaires, résultant de la confluence de plusieurs lésions.

Aucune douleur au niveau de ces lésions.

Face : aspect piriforme.

Les deux creux rétro-maxillaires sont remplis par une tuméfaction qui bombe en dehors de façon évidente.

La tumeur de droite peut très bien se limiter, même par une simple inspection.

La peau a une coloration normale.

Les deux tumeurs sont de consistance dure; elles sont indolores, légèrement mobiles et inadhérentes aux os.

Rien de particulier au niveau de la bouche.

Pas de ganglions.

Wassermann : négatif.

Pas d'antécédents qui puissent donner un indice étiologique.

Rien d'anormal au niveau des différents appareils.

Par la suite, les tuméfactions parotidiennes ont cédé complètement au traitement mercuriel.

OBSERVATION XI (*Jeanselme*)

Ce qui frappe à première vue, c'est la saillie symétrique des deux régions parotidiennes qui font un relief très notable au-devant des oreilles. Les deux glandes parotides sont, en effet, très volumineuses. L'aspect est, d'ailleurs, totalement différent de celui des oreillons, car la peau est normale, souple, nullement empâtée, elle glisse aisément sur la surface lobulée de la glande dont la consistance est accrue. De chaque côté un sillon vertical sépare la glande de la joue. L'orifice des canaux de Stenon n'est pas enflammé. Bref, il n'y a aucun des signes d'une parotidite aiguë. Du reste, cette configuration remonte à la première enfance, si elle n'est pas congénitale. Les glandes sous-maxillaires et sublinguales paraissent normales. Les glandes lacrymales ne sont nullement hypertrophiées. Il s'agit d'un syndrome de Mikulicz limité aux parotides.

L'interrogatoire et l'examen complet du malade fournissent de nombreux arguments en faveur de la syphilis héréditaire.

Le sujet est le seul survivant d'une famille de huit enfants. Sauf une sœur qui succomba à une méningite tuberculeuse à l'âge de 18 ans, tous les autres enfants sont morts en bas âge. La stature est moyenne, le développement corporel est satisfaisant. Le timbre de la voix est franchement nasonné. L'examen de la voûte palatine montre une cicatrice linéaire médiane qui tranche, par sa pâleur, sur le fond animé du voile. Son extrémité postérieure s'incline quelque peu vers la gauche et se termine entre deux petits lobules, vestiges d'une luvette bifide. Il s'agit d'une division congénitale du

voile du palais qui a été opéré par le professeur Kirmisson en 1911, alors que le malade avait treize ans et demi. Non seulement le sujet a la voix nasonné, mais il a un certain degré de bégaiement, autre tare de dégénérescence. La voûte palatine est ogivale. Les dents sont bien rangées, mais elles présentent de notables malformations. L'incisive latérale gauche est atteinte de nanisme. Son volume n'est guère que le tiers de la dent homologue du côté opposé. Les incisives médianes et l'incisive latérale droite de l'arcade supérieure portent quelques traces d'érosions. Elles sont plus nombreuses et plus profondes sur l'incisive latérale gauche, qui est naine, et sur la canine du même côté. Sur les incisives et les canines de l'arcade inférieure existent des érosions cupuliformes nombreuses, disposées en séries horizontales, en forme de traits de scie. La carie a détruit la couronne des deux premières molaires supérieures droite et gauche, de sorte qu'on ne peut tirer aucun renseignement utile de l'examen de ces dents.

La langue n'est pas scrotale. Il n'existe aucune ébauche de bec de lièvre.

Les fosses nasales sont bien perméables. Le malade n'a ni coryxa chronique, ni épitaxis. La configuration du nez est presque normale, sauf une légère dépression de l'arête nasale à sa partie supérieure, et une sorte de bascule du lobule, le tout constituant ce qu'on appelle vulgairement le nez en pied de marmite.

Le front offre des bosses un peu saillantes.

Les yeux sont normaux. Il n'y a ni strabisme, ni trace de kératite interstitielle, ni troubles de l'acuité visuelle, et les réflexes à l'accommodation et à la lumière sont normaux.

Le thorax est légèrement déprimé en entonnoir.

Le méat est congénitalement étroit. Les organes génitaux sont développés.

Le système pileux présente un développement normal.

Les tibias ne sont pas arqués.

Le pouls est lent.

La pression artérielle est anormale; l'écart entre la maxima et la minima étant très faible : maxima, 9; minima, 8. Les extrémités sont cyanosées et la raie blanche est évidente.

Réflexes rotuliens et achilléens notablement exagérés.

La ponction lombaire, pratiquée le 27 janvier 1921, a donné ces résultats :

Albumine : 0 gr. 25.

Lymphocytes : 2.

Wassermann : H^s.

Le Wassermann du sang a été deux fois négatif.

En somme, si aucune des malformations signalées n'est par elle-même pathognomonique de l'hérédo, leur association fournit les plus grandes présomptions en faveur de l'existence de cette infection.

OBSERVATION XII (*Flandin et Aubin*)

M. R..., 24 ans, caviste dans un hôtel, s'est présenté à la policlinique de M. Darier, le 27 novembre 1920, pour une déformation de la face ayant débuté sept semaines auparavant et ne se modifiant pas depuis que nous l'observons. Le malade s'est aperçu, au début d'octobre, de tuméfaction de la région parotidienne droite, sans douleur locale, sans gêne de la mastication, sans troubles généraux.

Un mois plus tard (au début de novembre), la région parotidienne gauche se déforme à son tour, toujours insidieusement. Le malade consulte alors un médecin qui pose le diagnostic d'oreillons et l'envoie à l'hôpital Claude-Bernard.

Le diagnostic d'oreillons est rejeté en présence de l'indolence des lésions, leur caractère de chronicité, l'absence de tout signe général.

A l'examen : on est tout d'abord frappé par l'hypertrophie symétrique des deux parotides, qui donne à la face l'aspect piriforme; le pavillon de l'oreille est légèrement déjeté en

dehors, le diamètre bi-parotidien mesure 16 cm. 4. La peau est de coloration normale, elle est souple, sans chaleur et glisse facilement sur les plans sous-jacents. Il n'y a pas trace d'œdème, et on limite nettement et facilement une parotide allongée de haut en bas.

La dépression normale est remplie par une tumeur nettement lobulée, ferme, ne se laissant ni déprimer, ni déformer par la pression la plus énergique.

La malaxation de la glande, de même que l'application d'une goutte de vinaigre sur la langue font sourdre un peu de salive normale par l'orifice du canal de Stenon. Cet orifice a son aspect normal et n'est le siège d'aucune rougeur. Les autres glandes salivaires ne présentent aucune hypertrophie. De même, les glandes lacrymales sont intactes.

Dans les antécédents du malades nous ne trouvons ni intoxication (il n'y a en particulier aucune cause de saturnisme) ni maladie infectieuse aiguë.

Par contre, la syphilis est prouvée :

1° Par la cicatrice, à la verge, d'un chancre induré que le malade avoue avoir eu en juin 1920 et qui a guéri spontanément en trois semaines environ;

2° Par une polyadénopathie indolente, généralisée, cervicale et épitrochléenne notamment;

3° Par une réaction de Hecht, fortement positive.

CONCLUSIONS

1) La syphilis des glandes salivaires, considérée jadis comme une manifestation rare et même exceptionnelle de la syphilis, voit son champ clinique élargi, par la constatation de syndromes de Mikulicz, fréquemment d'origine syphilitique.

2) Aucun fait décisif ne permet, à l'heure actuelle, de faire jouer aux causes locales, un rôle dans la localisation syphilitique au niveau des glandes salivaires.

3) Dans plusieurs observations de syphilis secondaire des glandes salivaires, on note en même temps une infection générale intense.

4) Etant donnés les effets remarquables obtenus par le traitement spécifique, ce traitement doit toujours être tenté chez un malade porteur de tumeur salivaire, quand on a une raison quelconque de suspecter un syphilome de la glande.

5) En présence du syndrome de Mikulicz, il faut toujours penser à la syphilis. Ce syndrome est, le plus souvent, une manifestation tardive de l'évolution syphilitique.

6) Ce syndrome peut se rencontrer exceptionnellement à la période précoce de l'évolution syphilitique, et dans ce cas le traitement spécifique est d'une grande efficacité.

7) Le syndrome de Mikulicz peut être une des manifestations de la syphilis héréditaire.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

E. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARROU et SEBILEAU. — Société de chirurgie, séance 14 février 1912. — *Sem. Méd.*, n° 8, 1912, p. 95.
- ERLER. — Zur Kenntnis des hereditär-luetischen Zungen, Speicheldrüsen, und Halslymphdrüsen-vergrößerung. Th. Iéna, 1892.
- FAROY. — Le pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du fœtus et du nouveau-né. — Thèse Paris, 1909. Recherches anatomo-pathologique sur l'hérédo-syphilis du pancréas et de la parotide. — Ann. de l'Inst. Pasteur, juillet 1909.
- FELMANN (I.). — Gumma a parotisban bujokoros geseszükkület; izomgumma, Orvosi hetil, Budapest, XLV, 406, 1901.
Gumma in der Parotis. Kehlkopfstenose luetischer. Natur. etc. Monatschr. f. Ohr. 1902, p. 195.
- FLANDIN (C.) et AUBIN. — Syndromé de Mikulicz fruste à localisation bi-parotidienne chez un syphilitique secondaire. — Bull. Soc. française derm. et syph., 1920, XXVII, 352-354.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
Dégénérescence syphilitique de la plante sublinguale. Ann. de Derm. et de syph., 1875, p. 81-86.
- GAUCHER. — La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur. — Paris, 1909, p. 1.
- GERBER. — Syphilis der Speicheldrüsen. In Handbuch des Geschlechtskrankheiten. Finger, 1913, t. III, p. 109.

- GILE (B.-C.). — Syphilitic enlargement of the salivary glands. Am. Med. Phila et York. Pa. 1907, n. s. II, 686-689, ou Penn. M. J. Athens 1907-08, XI, 296-300.
- GIRARD (R.) et TRIGHER (I.). — Deux cas de syphilis secondaire des glandes salivaires. — *Bulletin médical*, 1926, n° 3, p. 72-73.
- GRAWITZ. — Zwei seltene Geschwülstfaelle nebst Beobachtung über die Kontraktilität von Geschwülstzellen. — Th. Berlin, 1873.
- GUIBAUD (M.). — Un cas de syphilis de la parotide. — Arch. de Méd. et de Pharm. Navales, Paris, 1918, CVI, 66-68.
- GUNDOROW (M.-P.). — Zür Frage der Jodparotitis und der Luesparotitis. — Allg. Wien med. Ztg. 1913, LVIII, 462, 471, 479, 491, 499.
Iodine parotitis and luetic parotitis. — Russk. Vrach. S. Peterb. 1912, XI, 1613-1619.
- HARTMANN. — Syphilis des glandes salivaires, in *Traité de chirurgie de Duplay-Reclus*, T. v. p. 284.
- HASLUND (O.). — Om Parotitis syfilitica. Hosp. Tid. Kobenh, 1915, 5 R. VIII, 777-787, et Ueber Parotitis syphilitica. Dermat. Wchnschr. Leipz. u. Hamb. 1916, LXII, 1-10.
- HELLER. — Ueber syph. der Caruncula sublingualis. — Berl. dermat. Ges. janv. 1906.
- ITO (T.). — Un cas de gomme des glandes sous-maxillaires. — Hifubyog Kin Hiniskibyog. Tokio, IV, 126, 1904.
- JEANSELME. — Syndrome de Mikulicz et syphilis. — *La Médecine*, nov. 1921, n° 2.
- DE JONG et JOSEPH. — Un cas fruste de syndr. de Mikulicz chez un infantile. — *Semaine Médicale*, n° 5, 29 janv. 1908, p. 58.
- KAPSI. — Path und Ther der syph., 1891, p. 273.
- KEMP (J.-E.) et MOORE (J.-E.). — Syphilis of the salivary glands. — Arch. dermat. and syph. Chicago, 1922, n. s., VI, 57-62.

- KJELLEBERG (G.). — Deux cas de parotides syphilitiques. — *Acta dermat. Vener.* Tome I, p. 263, 1920.
- KOSCHEL (E. O. W.). — Die Syphilis der Speicheldrüsen. — Berlin, 1898.
- KULBS. — *Semaine Médicale*, 1908, 18 août, n° 53, p. 389.
- KUTTNER. — Chirurgie der Speicheldrüsen. Hand der prakt. Chir. von. v. Bergmann, v. Bruns. 1907, 6° fasc. p. 658.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis. 1866, p. 318; 1873, p. 253.
- LANG. — Krankenvorstellung. — Wien, *derm. ges.*, déc. 1894.
- DE LAPERSONNE. — Dacryoadénites syphilitiques. — *Arch. d'opht.*, 1902, p. 760.
- LEMIERRE. — Parotidite syphilitique bilatérale avec paralysie faciale gauche. — *Bull. et Mém. soc. méd. hôp., Paris*, 1919, 3° série, XLIII, 510-513.
- LETULLE (M.) et VUILLET. — Syphilome de la parotide. — *Bull. et mém. soc. méd. des hôp. de Paris*, 1913, 3 s., XXXV, 1149-1157, 1 pl.
- MANDOWSKY. — Ein seltener Fall von Geschwülstbildung in der Parotis. — *Aerz. Prakt.*, août 1894.
- DE MASSARY et TOCKMANN (L.). — Syndrome de Mikulicz simulant les oreillons chez un syphilitique. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris* 1918, XLII, 627-629.
- MORESTIN. — Syphilome parotidien. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1912, p. 287.
- NEUMANN (J.). — Ueber Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis. — *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1894, n° 29, p. 3-12.
- OSLER. — On chronic symmetrical enlargement of the salivary and lacrymal glands. — *Am. Journal of the med. Sc.*, 1898, p. 30.
- PACKARD (F.-R.). — Two cases suppuration of parotid gland with pus in the external auditory canal. — *J. of the Amer. Med. Ass.*, tome XXXVII, p. 450, 17 août 1901.

- QUEYRAT. — Bull. soc. française derm. et syph., 1920, XXVII, 354.
- SIMARD (A.). — Gumma de la parotide. — Bull. méd. de Québec, tome VII, p. 67, 1906.
- DE SMET. — Clinique Bruxelles, 1888.
- SYMMERS. — American Medicine, 1903, p. 179.
- THÉODORESCO (P.). — Annales des maladies vénériennes, nov. 1914, p. 802.
- VEHSE (O.). — Ein fall von siphilitischer Speicheldrüsentyndung, 8° Leipzig, 1906.
- VERNEUIL. — Dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale. — *Gaz. Hôp.*, 1875, p. 1158.
- VIRCHOW (R.). — Geschwülste, tome II, p. 430, 1864-65.
- VUILLET (Henri). — La syphilis des glandes salivaires. — Th. Paris, 1913.
- La syphilis des glandes salivaires. — *Mouv. Médical*, Paris, 1913, I, 326-329.

